

FOTO

DOMANDA DI ASSUNZIONE

(da compilare a mano)

DATI
ANAGRAFICI

Il/la sottoscritto/a

Nato/a il a

Residente in Prov. Tel.

Via C.A.P.

Stato civile Nazionalità

Chiede di poter essere assunto/a presso l'Ospedale di Negrar in qualità di

Dichiaro di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

- licenza di scuola elementare
- licenza di scuola media inferiore
- licenza di scuola media superiore, e cioè
- diploma professionale di
- laurea in
- altro (specificare)

OCCUPAZIONE
ATTUALE

Attualmente presto servizio presso la

Ditta Settore

Data assunzione Qualifica

I motivi personali o professionali che la spingono a cambiare l'impiego attuale sono i seguenti

Sono disoccupato da n. mesi Sono in cassa integrazione dal

SERVIZIO
MILITARE

Esente Indicare il motivo

Da effettuare Periodo previsto

Effettuato Periodo

Invalido

Grado di invalidità

Orfano/Vedova

SCHEDA INFORMATIVA

Si prega di voler completare con cura le voci ritenute significative ai fini di una esauriente informazione professionale. Le notizie contenute in questa scheda saranno considerate con la massima riservatezza.

	GRADO DI PARENTELA	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PROFESSIONE
COMPOSIZIONE FAMILIARE				

Ha lavorato ancora in Ospedale o Casa di Cura? SI NO

Se si, in quale?

Ci sono suoi parenti che lavorano in questo Ospedale? SI NO

Se si, chi sono?

In quale reparto lavorano?

Prospettive: mi piacerebbe continuare a studiare:

SI, vorrei studiare

NO

Sono contento degli studi che ho intrapreso

Avrei voluto fare altri studi, e cioè

Mi piacerebbe essere assunto presso l'Ospedale di Negrar per i seguenti motivi:

.....

.....

.....

.....

.....

Sono disposto ad essere assunto con contratto a termine SI NO

Sono disposto ad essere assunto con contratto a tempo parziale (part time) SI NO

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, preso visione del Regolamento "Natura e fini istituzionali" (<http://www.sacrocuoredoncalabria.it/Carta-dei-Servizi/Fini-istituzionali>), dichiara di uniformarsi, nell'esercizio della propria professione, agli indirizzi etico-religiosi dell'Ente ecclesiastico da cui dipendono l'Ospedale "Sacro Cuore – Don Calabria", Casa "Fr. F. Perez" e Casa "Fr. P. Nogarè" di Negrar.

In fede

Data.....

Firma.....

Ai sensi del DLgs. 196/2003 autorizzo il trattamento dei miei dati personali.

Data e firma